

Pneumotórax Catamenial: Uma Apresentação Atípica de Endometriose

Catamenial Pneumothorax: An Atypical Presentation of Endometriosis

Alexandra Miranda^{1,2,3}, Cristina Nogueira-Silva^{1,2,3}, Cátia Lia Abreu¹, Pedro Cabrita¹,
Domingos Jardim da Pena¹

AFILIAÇÃO:

¹ Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Hospital de Braga, Braga, Portugal

² Escola de Ciências da Saúde, Universidade do Minho, Braga, Portugal

³ ICVS/3B's - Laboratório Associado, Braga/Guimarães, Portugal

CORRESPONDÊNCIA:

Domingos Jardim da Pena, e-mail: domingos.pena@hospitaldebraga.pt

■ Resumo

A endometriose torácica representa uma manifestação rara de endometriose, devendo ser considerada nas mulheres em idade reprodutiva que se apresentam com dor torácica, pneumotórax, hemotórax ou hemoptises coincidentes com a menstruação. Reportamos o caso clínico de uma mulher de 38 anos com dor torácica repetitiva e progressiva durante o cataménio, acompanhada de dispneia moderada e tosse não produtiva, com 4 anos de evolução. Foram confirmados imagiologicamente pneumotórax catameniais de repetição. Não obstante a ausência de evidência clínica de endometriose pélvica, estabeleceu-se como diagnóstico provável o pneumotórax catamenial associado a endometriose pleuro-pulmonar. Decidiu-se iniciar terapêutica com um agonista da hormona libertadora de gonadotrofinas, tendo-se verificado remissão clínica dos sintomas respiratórios. A endometriose torácica é uma forma grave de apresentação da doença, requerendo o seu diagnóstico um grande índice de suspeição.

PALAVRAS-CHAVE: Endometriose; Pneumotórax

KEYWORDS: Endometriosis; Pneumothorax

▲ Introdução

A endometriose torácica representa uma manifestação rara de endometriose extragenital, devendo ser considerada nas mulheres em idade reprodutiva que se apresentam com dor torácica recorrente, pneumotórax, hemotórax ou hemoptises coincidentes com a menstruação. O pneumotórax catamenial é a apresentação mais comum de endometriose torácica e, em até cerca de 60% dos casos, associa-se

com endometriose pélvica. Lesões no diafragma e na pleura visceral são os locais mais frequentemente descritos.

▲ Caso Clínico

Uma paciente de 38 anos, não fumadora, recorre pela primeira vez ao Hospital de Braga em setembro de 2006 referindo, nos últimos 4 anos, dor torácica

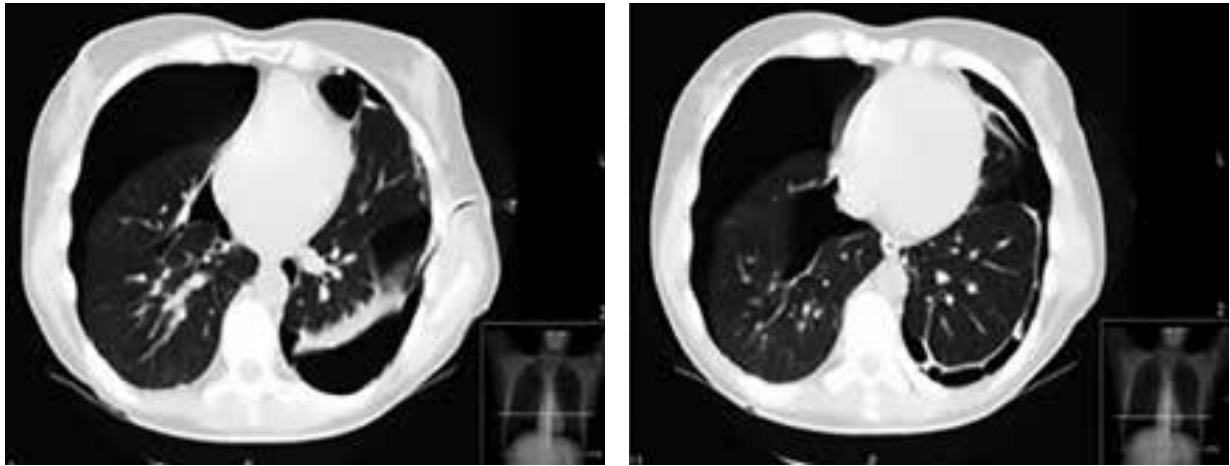


FIGURA 1. TC demonstrando um pneumotórax bilateral exuberante, com septações e espessamento pleural por aderências, mais exuberante no lado esquerdo, e atelectasia do segmento apical do lobo inferior esquerdo de localização subpleural.

repetitiva e progressiva durante o cataménio, por vezes acompanhada de dispneia moderada e tosse não produtiva, de agravamento gradual. Os sintomas geralmente tinham início entre o primeiro e o terceiro dia da menstruação, sendo progressivamente mais precoces em relação ao cataménio, e mantinham-se por cerca de 5 dias, coincidente com a duração do cataménio. As queixas geralmente desapareciam ou atenuavam com o fim da menstruação. Dois anos previamente à observação no nosso hospital, a doente realizou uma tomografia computadorizada (TC) que estava relatada como normal. A paciente não referia história de perda ponderal ou outro antecedente médico relevante. Apresentava antecedentes de três gravidezes, com um parto eutócico, uma cesariana e um abortamento espontâneo. Adicionalmente, tinha leiomiomatose intersticial difusa e ausência de história de endometriose pélvica documentada. Ao exame físico constatou-se diminuição dos sons respiratórios superiormente no hemitórax esquerdo. A radiografia torácica demonstrou um pneumotórax esquerdo, tendo sido a paciente internada para drenagem torácica. Nos dois meses seguintes foi internada duas vezes, durante o cataménio, por pneumotórax à esquerda, tendo sido referenciada para talcagem pleural com biópsia pulmonar que demonstrou lesões de enfisema pulmonar. Em agosto de 2007, a paciente recorre ao Serviço de Urgência por dor torácica bilateral, tosse e dispneia moderada com quatro dias de duração, com início no segundo dia do cataménio. Os

dados laboratoriais solicitados na admissão demonstraram: Leucócitos 5,200/ μ L, creatinina 0,7 mg/dL, velocidade de sedimentação 41/h, proteína C-reativa 27,6 mg/dL, AST 14 IU/L, ALT 14 IU/L, alfa 1-antitripsina 129 mg/dL e hemoglobina 13,9 g/dL. Durante o internamento foi constatado um decréscimo de 2,3 g/dL na concentração de hemoglobina. Uma radiografia torácica e tomografia computadorizada revelaram um pneumotórax bilateral exuberante, com algumas septações e espessamento pleural por aderências, predominantemente no lado esquerdo, associado a atelectasia do segmento apical do lobo inferior esquerdo de localização subpleural (Fig. 1). Estabeleceu-se o diagnóstico de pneumotórax bilateral com fístula broncopleural, seguindo-se um internamento de 12 dias para drenagem torácica e aspiração torácica de baixa pressão. À data da alta, a TC de controlo demonstrou lesões residuais (Fig. 2). O exame ginecológico não demonstrou alterações significativas e a ecografia transvaginal não evidenciou lesões compatíveis com endometriose pélvica. Foi estabelecido, neste momento, como diagnóstico mais provável, pneumotórax catamenial associado a endometriose pleuro-pulmonar. No entanto, uma vez que a paciente recusou prosseguir a investigação necessária para determinar o diagnóstico definitivo, após uma reunião multidisciplinar, foi decidido introduzir um agonista da hormona libertadora de gonadotrofinas (GnRH-a) - leuprolide (Lucrin®), 3,75 mg, administração intramuscular, mensal, asso-

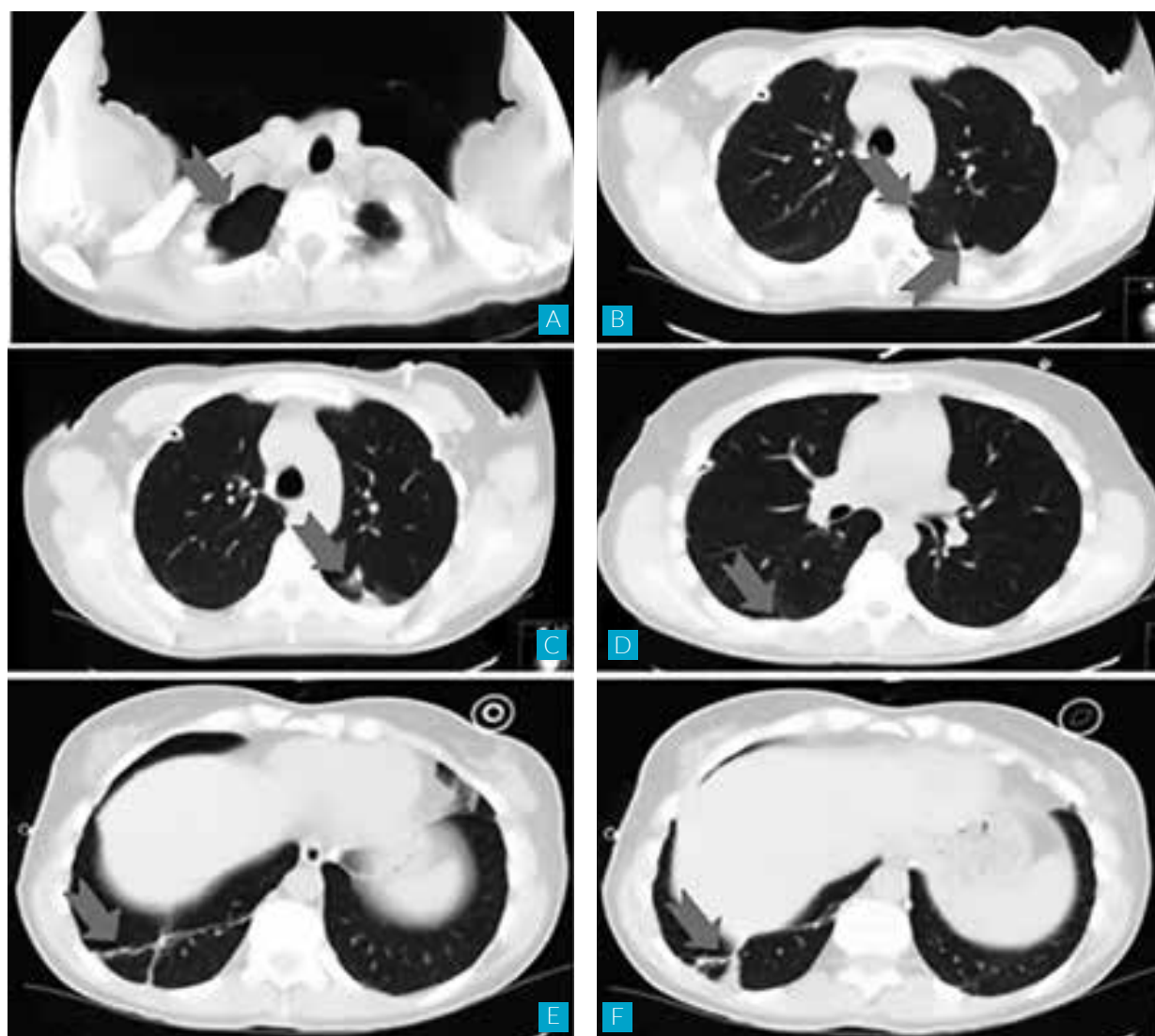


FIGURA 2. TC demonstrando um pneumotórax residual à direita (A), duas pequenas bolhas à esquerda (B), paquipleurite à direita (D e E) e fibrose pulmonar bilateral residual C e F).

ciado ao alendronato e suplementação com cálcio, para prevenção da osteoporose iatrogénica, e a vacinação anual para o vírus *influenza*. Desde então, a paciente ficou amenorreica, sem sintomas respiratórios, com uma auscultação pulmonar e provas de função respiratórias normais. As radiografias de tórax demonstraram um reforço broncovascular bilateral e a TC de alta resolução, realizada em outubro de 2011, revelou um espessamento subpleural bilateral residual com calcificações (Fig. 3). Relativamente às queixas ginecológicas, uma vez que a paciente desenvolveu sintomas climatéricos moderados, foram prescritas isoflavonas e estrogénios tópicos. Em julho de 2011, o leuprolide foi suspenso e a paciente manteve-se totalmente assintomática e com catamé-

nios regulares até março de 2015, quando recorreu ao Serviço de Urgência por toracalgia à direita, uma semana após o cataménio. Foi-lhe diagnosticada uma pequena câmara de pneumotórax apical à direita, tendo sido resolvido com tratamento conservador. Por apresentar hemorragia uterina anómala e leiomiomatose uterina, foi submetida a histerectomia total e salpingo-ooforectomia bilateral em julho de 2014. O exame anátomo-patológico demonstrou presença de adeniose e leiomiomas uterinos, sem evidenciar focos de endometriose. À data da última avaliação, em fevereiro de 2015, encontrava-se assintomática, com TC de alta resolução sobreponível à de 2011 e sem queixas relevantes decorrentes do climatério.

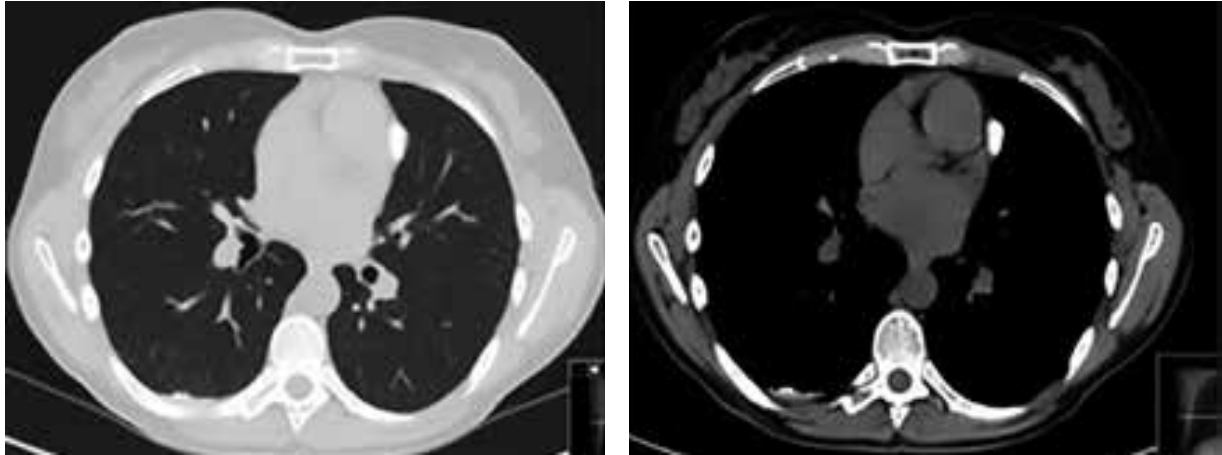


FIGURA 3. TC de controle demonstrando espessamento subpleural residual bilateral com calcificações.

Discussão

A endometriose é histologicamente caracterizada principalmente pela presença de glândulas endometriais fora da cavidade uterina. A endometriose extra-pélvica (não ginecológica) tem recebido atenção especial sobretudo devido à sua sintomatologia atípica. Especificamente, a endometriose torácica é uma forma grave de apresentação da doença, requerendo um diagnóstico diferencial cuidadoso. Hemoptises, hemotórax e pneumotórax síncronos com a menstruação constituem os sintomas mais comuns da endometriose torácica. A maioria dos casos previamente reportados foram diagnosticados com base na história clínica da paciente, uma vez que a confirmação histológica da endometriose nem sempre é possível. Não obstante, a videotoroscopia é atualmente a abordagem diagnóstica e cirúrgica de eleição na endometriose pulmonar. Uma vez clinicamente estabilizada a paciente, a terapêutica hormonal com contraceptivos orais contínuos, progestativos contínuos, danazol ou análogos da GnRH é geralmente considerada a terapêutica de primeira linha, embora a taxa de recidiva possa alcançar os 50%. Não existem, de momento, ensaios clínicos de larga escala disponíveis e a abordagem terapêutica de eleição permanece, ainda, controversa.

CONFLITOS DE INTERESSE: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

FONTES DE FINANCIAMENTO: Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

Referências

1. Koninckx PR, Ussia A, Adamyan L, Wattiez A, Donnez J. Deep endometriosis: definition, diagnosis, and treatment. *Fertil Steril.* 2012;98:564-71.
2. Channabasavaiah AD, Joseph JV. Thoracic endometriosis: revisiting the association between clinical presentation and thoracic pathology based on thoracoscopic findings in 110 patients. *Medicine.* 2010; 89:183-8.
3. Alifano M, Jablonski C, Kadiri H, Falcoz P, Gompel A, Camilleri-Broet S, et al. Catamenial and noncatamenial, endometriosis-related or nonendometriosis-related pneumothorax referred for surgery. *Am J Respir Crit Care Med.* 2007; 176:1048-53.